

ZARZĄDZENIE Nr 17/2021
PREZESA
AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI
z dnia 5 sierpnia 2021 r.
w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych kosztowych
niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń

Na podstawie art. 31 o ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021, poz. 1285 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

Wprowadza się zasady przekazywania przez świadczeniodawców, którzy zostali wezwani do udostępnienia danych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stanowiące **Załącznik** do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES
dr n. med. Roman Topór-Mądry
/dokument podpisany elektronicznie/

Zasady wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe)

Formularze służą zebraniu informacji na temat kosztów realizacji poszczególnych świadczeń stanowiących przedmiot Wniosku. Poniesione koszty odnieść należy do I półrocza 2021. W przypadku gdyby w 2021 roku zabieg nie został jeszcze wykonany wyjątkowo dopuszcza się podanie danych z 2020 r. (po wcześniejszym ustaleniu z Wydziałem Taryfikacji).

Przy wypełnianiu kart kosztorysowych należy zachować następujące zasady:

Przed rozpoczęciem wypełniania należy zapoznać się z niniejszą instrukcją oraz wszelkimi adnotacjami. Pozwoli to na prawidłowe wpisanie danych oraz uniknięcie wielu wątpliwości i pytań.

Podstawowa zasada wypełniania kart dotyczy niedublowania pozycji kosztowych. Jeśli dana pozycja została wliczona w jedną kategorię kosztów to nie może być wykazana w innej.

W arkuszu „Dane Ogólne” w kolumnie „Metoda kalkulacji kosztów” należy wskazać jaka została wybrana metoda sporządzenia kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia (pole z listą wyboru) tj.:

1. według kosztów typowo używanych zasobów (normatyw) – przedstawienie kosztów jednego realizowanego standardowo (najczęściej występującego) sposobu realizacji świadczenia w oparciu o przeciętne zużycie materiałów, realizację procedur oraz przeciętny nakład czasu pracy personelu (koszt normatywny na podstawie statystycznej średniej z kosztów poniesionych w poprzednim okresie);
2. według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów – przedstawienie kosztów jednego realizowanego standardowo sposobu realizacji świadczenia w oparciu o rzeczywiste zużycie materiałów, realizację procedur oraz rzeczywisty czas pracy personelu lub uśrednionego kosztu rzeczywistego wszystkich zrealizowanych świadczeń – w przypadku posiadania modułu kontrolingu i ewidencji danych medyczno-kosztowych do unikalnego numeru kontaktu pacjenta, zostanie uśredniony koszt ze wszystkich zrealizowanych świadczeń.

Prosimy o niezmiennianie kolejności kolumn i niedodawanie nowych kolumn ani arkuszy. Tabele muszą zawierać wszystkie kolumny w formacie i kolejności określonej w niniejszym pliku.

Dodatkowe informacje prosimy umieścić w kolumnie „UWAGI” w zakładce Dane Ogólne.

Podstawowe wymagania techniczne:

- format daty: RRRR-MM-DD
- format godziny: GG:MM (system 24h)
- liczba wyrażona w walucie PLN: separator dziesiętny - przecinek
- liczba: separator dziesiętny - przecinek

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA WE WSZYSTKICH TABELACH. W przypadku, gdy dany koszt nie został poniesiony prosimy o wprowadzenie w kolumnie Nazwa wpisu "Koszt nie został poniesiony".

Dane dla każdego produktu rozliczeniowego, w tym podwariantów należy przekazać w odrębnym pliku excel.

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<kod świadczeniodawcy>_<Kod produktu rozliczeniowego>

gdzie:

< kod świadczeniodawcy > – Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ.

W przypadku znaków specjalnych „/” prosimy o zastosowanie „_”;

<Kod produktu rozliczeniowego> – Kod produktu rozliczeniowego zgodny z Zarządzeniami Prezesa NFZ w formacie X.XX.XX.XXXXXXX

I. DANE OGÓLNE

Należy wypełnić wszystkie pola.

W przypadku wykonania dodatkowych zabiegów reoperacyjnych (zabiegi bezpośrednio związane z poprzednią interwencją i mające z nią związek przyczynowo-skutkowy) bądź pozostałych zabiegów w kolumnie „Uwagi” należy podać kod ICD-9 zabiegów oraz częstość ich wystąpienia.

Przykład:

ZB_reoperacja_01 - icd-9 10%

ZB_pozostałe_01 – icd-9 15%

Kod świadczeniodawcy	Kod zakresu świadczenia	Kod produktu rozliczeniowego	Liczba wykonanych zabiegów, na podstawie której sporządzono kalkulację kosztów	Kod procedury zabiegowej ICD-9 (jeśli świadczenie opisane jest więcej niż jedną procedurą medyczną należy podać kody ICD-9 po przecinku)	Czas trwania zabiegu (od wejścia na blok do wyjścia z bloku) [GG:MM]	Nazwa OPK, w którym wykonywany jest zabieg	Koszt infrastruktury OPK (bloku operacyjnego/ sali zabiegowej) za 1h pracy [PLN]	Metoda sporządzenia kalkulacji kosztów	Uwagi

II. STANDARD

W tym miejscu prosimy o krótkie opisanie standardu przebiegu zabiegu.

III. PL

W zakładce PL wskazać należy informacje o produktach leczniczych stosowanych w realizacji danego świadczenia: rodzaju tych produktów typowo zużywanych zasobów (normatyw) lub według rzeczywistych zużytych zasobów. Każdy z produktów leczniczych wpisać należy w odrębnym wierszu.

Preparaty krwiopochodne należy umieścić w arkuszu "PL", w przypadku leków złożonych, nazwy substancji czynnych należy oddzielać znakiem "+", w przypadku środków farmaceutycznych cenę jednostki miary należy zaokrąglić do czterech miejsc po przecinku.

W kolumnie "Etap świadczenia" przy każdej pozycji/rekordzie należy wskazać na którym etapie realizacji świadczenia zostały zastosowane dane produkty lecznicze.

Lp.	Nazwa	Nazwa substancji czynnej produktu leczniczego	Typ jednostki miary (postać, pojemność, dawka)	Liczba podanych jednostek miary pacjentowi	Cena jednostki miary [PLN]	Wartość [PLN]	Etap świadczenia
							<i>Zabieg (variant)</i>
							<i>Zabieg (podvariant)</i>
							<i>Zabieg - reoperacja 01</i>
							<i>Zabieg - reoperacja 02</i>
							<i>Zabiegi pozostałe 01</i>
							<i>Zabiegi pozostałe 02</i>

IV. WM

W zakładce tej wskazać należy informacje o wyrobach medycznych stosowanych w realizacji danego świadczenia: rodzaju tych produktów typowo zużywanych zasobach (normatyw) lub według rzeczywiście zużytych zasobów. Każdy z wyrobów wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie wskazując w kolumnie. "Etap świadczenia" przy każdej pozycji/rekordzie, na którym etapie realizacji świadczenia zostały zużyte dane wyroby medyczne.

Lp.	Nazwa	Typ jednostki miary (np. szt.)	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość [PLN]	Etap świadczenia
						<i>Zabieg (wariant)</i>
						<i>Zabieg (podwariant)</i>
						<i>Zabieg - reoperacja 01</i>
						<i>Zabieg - reoperacja 02</i>
						<i>Zabiegi pozostałe 01</i>
						<i>Zabiegi pozostałe 02</i>

V. PR

W zakładce tej wskazać należy informacje o badaniach laboratoryjnych i obrazowych wykonanych podczas zabiegu: rodzaju procedur typowo wykonywanych (normatyw) lub rzeczywiście wykonanych. Każdą z procedur wpisać należy w odrębnym wierszu. UWAGA należy podać kod ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ.

W kolumnie "Etap świadczenia" przy każdej pozycji należy wskazać na którym etapie realizacji świadczenia została wykonana dana procedura.

Lp.	ICD-9	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość [PLN]	Etap świadczenia
						<i>Zabieg (wariant)</i>
						<i>Zabieg (podwariant)</i>
						<i>Zabieg - reoperacja 01</i>
						<i>Zabieg - reoperacja 02</i>
						<i>Zabiegi pozostałe 01</i>
						<i>Zabiegi pozostałe 02</i>

VI. WYNAGRODZENIE_ZB

Wynagrodzenia personelu biorącego udział w zabiegu na bloku operacyjnym + koszty osobowe znieczulenia.

W arkuszu prosimy o wyszczególnienie personelu medycznego niezależnie od formy umowy, np.: operator, asysta, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna, pielęgniarka instrumentariuszka, perfuzjonista. Dane o kosztach wynagrodzeń należy przyjąć z ewidencji księgowej i należy wskazać pełny koszt (łącznie ze składkami pracodawcy). W pozycji wynagrodzenia należy uwzględnić pomniejszenia związane z wykonywaniem konsultacji wewnętrznych wykonanych na rzecz innych ośrodków (na podstawie ankiet procedur zabiegowych).

Lp.	Grupa zawodowa personelu medycznego	Liczba osób personelu medycznego biorącego udział w realizacji zabiegu	łącny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej przy zabiegu [GG:MM]	Wynagrodzenie personelu medycznego z danej grupy zawodowej za godzinę pracy w 2021 r. w odniesieniu do jednej osoby [PLN]	łącne koszty personelu z danej grupy zawodowej przy zabiegu [PLN]	Etap świadczenia
						Zabieg (wariant)
						Zabieg (podwariant)
						Zabieg - reoperacja 01
						Zabieg - reoperacja 02
						Zabiegi pozostałe 01
						Zabiegi pozostałe 02